



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Curso de graduação em Saúde Coletiva

CAROLINE ALVES DE BARROS LEITE

**PARTO NO DISTRITO FEDERAL:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ENTRE 2004 A 2014**

Brasília

2017



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Curso de graduação em Saúde Coletiva

CAROLINE ALVES DE BARROS LEITE

**PARTO NO DISTRITO FEDERAL:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ENTRE 2004 A 2014**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosamaria Giatti Carneiro

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Saúde Coletiva da Faculdade de
Ceilândia da Universidade de Brasília – FCE,
como requisito parcial para obtenção do título de
bacharel em Saúde Coletiva.

Brasília

2017

CAROLINE ALVES DE BARROS LEITE

**PARTO NO DISTRITO FEDERAL:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ENTRE 2004 A 2014**

Banca Examinadora:

Profª Drª Rosamaria Carneiro

Universidade de Brasília

Profª Ma.Carla Pintas

Universidade de Brasília

Profª Drª Silvéria dos Santos

Universidade de Brasília

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, por ser o autor da minha fé, por me fazer acreditar em mim mesma e me sustentar em graça e sabedoria em toda trajetória da minha vida, por abrir as portas e me dar força para continuar em meio às dificuldades, me concedendo amor, paz e alegria.

Aos meus pais Alan Kardec e Marineusa Moura, pelos ensinamentos e incentivos, por todo sacrifício e dedicação que manifestaram a mim, pelo amor incondicional, apoio e orações. Aos meus irmãos João Guilherme Barros e Vitória Barros, pelo amor e parceria apesar da distância. Minha eterna gratidão, vocês são meu alicerce.

A minha família em geral, em especial minha prima Anna Paula Barros, e tias Fernanda Barros e Gicelma Barros, que foram fundamentais para que eu fizesse a graduação, me ajudando de diversas maneiras.

Ao meu namorado e companheiro de todas as horas, Maurício Araújo, que por incontáveis vezes me apoiou, consolou e me fez rir, me dando carinho e amor em todos os momentos, pela paciência e força, muito obrigada.

Aos amigos que conquistei durante a graduação, por todos os momentos compartilhados, trabalhos concluídos e parceria, com certeza a amizade me ajudou a superar os desafios.

A minha orientadora Prof^a Dr^a Rosamaria Carneiro, que mesmo sem me conhecer aceitou o desafio e me orientou com paciência e verdadeiro comprometimento.

As professoras Carla Pintas e Silvéria dos Santos, por aceitarem fazer parte da comissão examinadora deste trabalho.

Por último, agradeço a todos que fizeram parte da minha história e contribuíram diretamente ou indiretamente para a finalização desta etapa.

“Tudo posso naquele que me fortalece”.

Filipenses 4:13.

Resumo

O cuidado com o parto sofreu transformações ao longo do tempo simultaneamente com as mudanças na sociedade. No entanto, nem todas as mudanças são consideradas positivas no contexto atual e, por isso, através de políticas públicas e sociais, bem como movimentos sociais busca-se alcançar a reformulação da assistência ao parto. Esta revisão bibliográfica tem como objetivo realizar o levantamento de dados acerca dos partos em Brasília/Distrito Federal, a fim de oferecer ao leitor um estado da arte sobre o tema pesquisado. Realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados SCIELO, MEDLINE e LILACS. Foi utilizado o método de inclusão/exclusão para seleção dos artigos, buscando textos que satisfizessem aos seguintes filtros: texto completo; assuntos principais (partos, parto normal, parto humanizado, parto natural, Brasília, Distrito Federal); país/região (Brasil) e idioma (português). Foram selecionados 14 artigos de acordo com o objetivo do estudo. Os resultados foram organizados em seis categorias: Mortalidade materna e infantil; Depressão pós-parto; Parteiras tradicionais; Leite materno e uso da chupeta e mamadeira; Procedimentos cirúrgicos: cesárea e episiotomia; Complicações durante e após a gestação. Conclui-se sobre a produção bibliográfica sobre partos em Brasília/Distrito Federal que uma assistência de qualidade em todos os níveis faz-se necessária nos serviços de saúde além de se ter verificado que há pouca produção acadêmica a respeito deste assunto.

Descritores: Parto - Brasília/Distrito Federal – Assistência ao parto – Serviços de saúde - Cuidado

Abstract

Childbirth care has undergone transformations over time, as well as changes in society. However, not all changes are considered positive in the current context, and therefore, through public and social policies, as well as social movements, it is sought to achieve reformulation of childbirth care. This bibliographical review aims to carry out data collection on parturition in Brasília / Federal District, in order to offer the reader a state of the art on the researched topic. A bibliographic survey was performed in the databases SCIELO, MEDLINE and LILACS. The inclusion/exclusion method was used to select the articles, searching texts that would satisfy the following filters: full text; Main subjects (births, normal birth, humanized delivery, natural childbirth, Brasília, Federal District); Country / region (Brazil) and language (Portuguese). Fourteen articles were selected according to the purpose of the study. The results were organized into six categories: maternal and infant mortality; Baby blues; Traditional midwives; Breast milk and pacifier and bottle feeding; Surgical procedures: cesarean section and episiotomy; Complications during and after gestation. By itself, it is concluded on the bibliographic production about the births in Brasilia/Federal District that quality care at all levels is necessary in the health services, besides verifying that there is little academic production on this subject.

Descriptors: Childbirth - Brasilia/Federal District - Delivery Services - Health Services - Care

Lista de abreviaturas e siglas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão
DF	Distrito Federal
DPP	Depressão pós-parto
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNP	Pré-natal psicológico
RAMOS	Reproductive Age Mortality Study
RMM	Razão de mortalidade materna
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

Sumário

1. Introdução.....	10
2. Objetivos.....	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3. Referencial Teórico.....	13
3.1 Breve história do parto: da casa para o hospital	13
3.2 Expectativas femininas em relação ao parto.....	19
3.3 “Tipos” de parto: normal, humanizado, natural e cesárea	21
4. Metodologia	25
4.1 Levantamento de dados.....	26
4.2 Caracterização dos artigos	27
5. Resultados.....	30
5.1 Mortalidade materna e infantil	31
5.2 Depressão pós-parto.....	35
5.3 Parteiras tradicionais.....	39
5.4 Leite materno e uso da chupeta e mamadeira	41
5.5 Procedimentos cirúrgicos: cesárea e episiotomia	44
5.6 Complicações durante e após a gestação	45
6. Discussão	49
7. Considerações Finais	51
8. Referências Bibliográficas	52

1. Introdução

O padrão de cuidado ao parto nos centros urbanos que predomina hoje é essencialmente médico e tecnológico, a gravidez, na biomedicina, é vista como um acontecimento médico isolado e o parto cercado de risco potencial (DOMINGUES et al., 2004 *apud* PINHEIRO, B. C e BITTAR, 2012, p. 214).

Com a evolução da medicina, o parto centralizado na figura médica toma força e também a cirurgia cesariana, na qual há intervenção direta do profissional de saúde no momento do nascimento. Esse tipo de nascimento surge para diminuir riscos de morte materna ou neonatal que pode existir. Porém, cada vez mais a sociedade tende a escolher esse modelo de cirurgia sem necessidades reais, muitas vezes antecipando o nascimento do bebê.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza desde 1985 que a taxa ideal de cesáreas seja de 10% a 15% em um país, no entanto conforme dados da própria organização o Brasil em 2011 registrou 53,7% cirurgias cesariana considerada a maior taxa do mundo. (UNA-SUS, 2015).

Conforme dados do Portal da Saúde (04/04/2016), o Brasil tem vivido uma epidemia de cesáreas, chegando em 2016 a 55% do tipo de nascimento realizados no Brasil e em 84,6% nos serviços privados de saúde. No sistema público, a taxa é de 40%, consideravelmente menor, mas ainda elevada (BRASIL, 2016).

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) no DF em 2014 foram realizados cerca de 44.721 partos, sendo que 19.988 correspondem ao parto normal, o que em porcentagem é 44,70% e 24.632 a cirurgia cesariana, o que em porcentagem é 55,07%, os 101 restante está como ignorado. (BRASIL, 2014).

Entretanto, há de se considerar que existem alguns riscos que estão relacionados à realização de cesárea, são eles: aumento da probabilidade de surgimento de problemas respiratórios para os recém-nascidos e grande risco de morte materna e infantil (BRASIL, 2016).

Além desses há os riscos de infecções, trombose dos membros inferiores, hemorragias e reações aos anestésicos. Sendo que após a realização da cesárea a

recuperação da mulher é mais prolongada e têm-se maior incidência de dor no pós-operatório. Também existe os problemas a longo prazo, pois a cada cesariana feita a mulher passa a ter maior risco de implantação anormal da placenta nas gravidezes posteriores. Outro problema é o maior risco de ruptura uterina na gravidez seguinte, caso o parto, desta vez, seja por via vaginal (PINHEIRO, P. 2016).

Em relação as cesáreas a OMS declarou, tendo por base estudos científicos que realizou, que se analisado o nível populacional onde as taxas de cesáreas são maiores que 10% este indicador não está associado com redução de mortalidade materna e neonatal, ao contrário afirma que a cesárea pode causar sequelas ou morte, especialmente quando realizadas em locais sem infraestrutura ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias, ratifica que a cesárea deve ser realizada quando realmente necessária (HRP - OMS, 2015).

A justificativa deste trabalho se dá devido ao desejo de ser mãe e para isso me propus a conhecer mais a respeito do universo da maternidade, bem como suas características, desafios, alegrias.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Refletir sobre as características dos estudos acerca do tema Parto - Distrito Federal.

2.2 Objetivos Específicos

Encontrar artigos científicos que abordam sobre Parto no Distrito Federal.

Mostrar através da literatura o que vêm sendo discutido sobre o tema.

3. Referencial Teórico

3.1 Breve história do parto: da casa para o hospital

No Brasil colônia predominava a prática do curandeirismo, uma medicina baseada em conhecimentos populares e adquirida através do empirismo, nesse contexto as mulheres realizavam a prática de cura utilizando às ervas encontradas nos seus quintais e hortas, misturando técnicas indígenas, africanas e portuguesas, para combater as doenças. Essas mulheres também se encarregavam do cuidado com o parto (DEL PRIORE *apud* CARNEIRO, 2011, p. 26).

Os partos e seus posteriores cuidados eram realizados por mulheres conhecidas como parteiras ou aparadeiras, essas possuíam conhecimento empírico e auxiliavam as mulheres durante gestação, parto e puerpério. Possuíam fortes vínculos com a família e também eram de inteira confiança, auxiliavam sobre vários temas que estivessem relacionados ao corpo da mulher, como doenças venéreas e vida sexual. Na sua maioria, eram mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam aos setores populares (BRENES, 1991, p. 135).

O auxílio ao parto era comumente realizado nos ambientes domiciliares, sob o cuidado das parteiras que eram as promotoras da assistência. Nessa época o processo de nascimento era considerado um processo fisiológico, mas também espiritual, bem como natural e dizia respeito em seu contexto na função da figura feminina (CECAGNO e ALMEIDA, 2004, p. 410).

Ainda com relação às parteiras Brüggemann (*apud* Crizóstomo et al, 2007, p. 99), afirma que:

Essas mulheres eram pobres e geralmente pouco ou nada recebiam por seu trabalho; no entanto, faziam disso um sacerdócio. Por ser uma atividade desvalorizada, o parto era deixado aos cuidados femininos, pois além de serem raros os médicos que existiam, estes eram pouco familiarizados com o atendimento ao nascimento.

Outra característica em relação aos partos assistidos no Brasil Colônia era que as mulheres eram preparadas pelas parteiras para parir na posição sentada ou agachada. Nessa época os poucos médicos que havia se mostravam insensíveis à dor das parturientes, por isso, as gestantes preferiam as parteiras por razões psicológicas, humanitárias e também devido ao tabu de mostrar a genitália aos

médicos homens. As parteiras conheciam a gravidez, o puerpério e manobras que facilitavam o parto por experiência própria, portanto gozavam de enorme prestígio na sociedade (BRUGGEMANN *apud* CRIZÓSTOMO et al, 2007, p. 99).

No entanto com o decorrer do tempo esse modelo tradicional foi substituído pelo modelo médico-hospitalar, segundo Tosi (*apud* Brenes, 1991, p. 135), “a medicina, enquanto instituição incorporou esta prática como uma das suas atribuições, intitulado-a arte obstétrica e denominou de parteiro ou médico-parteiro os profissionais por ela formados”.

O modelo médico-hospitalar mencionado não existia até meados do século XVIII, já que inclusive, segundo Foucault (1979, p. 59), o hospital como instituição importante e essencial para a vida urbana do ocidente, desde a Idade Média, não era uma instituição médica, e a medicina, nesta época, constituía em uma prática não hospitalar.

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, e por instituição de assistência, entende-se como um lugar de separação e exclusão. O pobre receberia assistência e, estando ele doente sendo portador de possível contágio seria recolhido da sociedade, evitando desta forma a disseminação da doença na população. A característica principal do hospital, até o século XVIII, não era curar o doente, mas cuidar do pobre que está morrendo, cuidar de maneira material e espiritual, dar os últimos cuidados e o último sacramento. Além disso, o pessoal hospitalar era um pessoal caridoso – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Dizia-se nesta época e de fato se aplica que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer (FOUCAULT, 1979, p. 59).

Ainda segundo Foucault (1979, p. 60), “quanto à prática médica, nada havia, no que a constituía e lhe servia de justificação científica, que a predestinasse a ser uma medicina hospitalar”. A qualificação dos médicos era baseada em conhecimento de textos e transmissão de receitas, a experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico.

Considerando as características da época do hospital e médicos, não havia a possibilidade de ambos se integrarem e atuarem juntos, porém a partir de

transformação em sua composição foi possível essa integração. O primeiro fator de mudança objetivou anular a desordem existente no hospital, sendo que a desordem seriam as doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social presente em sua estrutura (FOUCAULT, 1979, p. 60).

As primeiras reformas ocorreram em hospitais militares e marítimos e não em hospitais civis. O ponto de partida para a reforma foi devido à desordem econômica que havia dentro dos hospitais marítimos, pois eles eram locais de tráfico de mercadorias, trazidos das colônias. Buscou-se através da inspeção dos cofres que os marinheiros, médicos e boticários detinham nos hospitais o registro do que possuíam, e se encontrassem algo que fosse para contrabando o dono seria punido. Surge também nesses hospitais a questão da quarentena, isto é, da doença epidêmica que as pessoas que desembarcavam podiam trazer. Nessa organização o objetivo era que os hospitais não fossem palcos de desordem econômica ou médica (FOUCAULT, 1979, p. 60).

Em relação aos hospitais militares graças ao desenvolvimento das tecnologias militares, no caso o surgimento do fuzil, foi necessário o treinamento dos soldados, e por isso o custo por esse soldado aumentou. Portanto quando se formava um soldado não podia deixá-lo morrer por doença. A partir dessa mudança técnica nos soldados o hospital militar precisou de reforma, era preciso curar os soldados, evitando que morressem de doença, e vigiá-los evitando que desertassem ou fingissem que estavam doentes para não continuar nas guerras, surge então uma reorganização administrativa e política (FOUCAULT, 1979, p. 61).

Essas mudanças ocorridas nos hospitais militares e marítimos não ocorreram devido a alguma técnica médica, mas sim a uma tecnologia política: a disciplina. Tal disciplina com características próprias era usada no exército, nas escolas, oficinas do tipo corporativo e possuía também como atributo ser uma técnica de poder, que deveria possuir uma vigilância perpetua e constante dos indivíduos, além disso, o uso do registro contínuo (FOUCAULT, 1979, p. 61).

Esse ingresso de mecanismos disciplinares no hospital possibilita a medicalização do mesmo, Foucault, (1979, p.62) afirma:

[...] Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, a transformação, nesta época, do saber e da prática médicas.

No século XVIII, o conhecimento científico da medicina compreendia a doença como algo semelhante à botânica, ela teria espécies, características e desenvolvimento como toda planta, tal entendimento era de acordo a classificação de Lineu. A doença passou então a ser compreendida como um fenômeno natural. Significava que a doença era a natureza, mas uma natureza devida a uma ação particular do meio sobre o indivíduo (FOUCAULT, 1979, p. 62).

A água, o ar, a alimentação constituíam o solo sobre o qual se desenvolvia em um indivíduo as diferentes espécies de doença. De modo que a cura era, nesse ponto de vista, dirigida por uma intervenção médica que se endereçava não mais à doença propriamente dita, mas ao que a circunda. Houve, portanto graças ao ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinamento do espaço hospitalar, a origem do hospital médico (FOUCAULT, 1979, p. 62).

Com esse novo modelo de hospital houve mudanças significativas, a primeira delas foi em relação ao local que o hospital estava situado, não seria mais cabível que o hospital ficasse situado em locais distantes ou até mesmo com aparência sombria, e também a respeito da sua estrutura interna, os hospitais deveriam ser a partir desse momento fator e instrumento de cura. A segunda mudança foi que partir do momento que o hospital é reconhecido como ambiente de cura o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar, função que antes era atribuída ao poder religioso. E por fim, a organização de um sistema de registro permanente, desde registro de identificação dos doentes até registro de farmácia, desta maneira contribuindo ainda mais com o fortalecimento da prática médica nos hospitais (FOUCAULT, 1979, p. 63-64).

No Brasil tal mudança começa a ocorrer quando a corte se muda para o Rio de Janeiro, e com esse advento a metrópole passa a ter um novo interesse pelas cidades brasileiras, sendo que a partir disso os médicos europeus apresentaram inclinação para aqui residirem e trabalharem (RODHEN *apud* CARNEIRO, 2011, p. 27).

A partir da inserção de médicos no contexto brasileiro ocorre uma verdadeira transformação social, sendo que a classe de mulheres foi parte essencial para tais acontecimentos. Elas se tornaram senhoras da casa e também responsáveis pela criação dos filhos, através dos manuais de puericultura e de recomendações para uma vida matrimonial saudável da época se buscava controlar os vícios e excessos, sendo uma forma de colocar em ordem a sociedade (CARNEIRO, 2011, p. 28).

A fim de consolidar as práticas médicas, surgiram no Brasil instituições de saúde e medicina, sendo que em 1832, foram criadas as primeiras faculdades de medicina do país, a do Rio de Janeiro e a da Bahia. No entanto com as novas práticas de cura baseada na medicina científica que estava sendo instaurada, a população, antes habituada em outro modelo não aceitou prontamente e com isso a classe de médicos começou a condenar as práticas que não eram conforme eles desejavam, com essa atitude por parte dos médicos inclusive as parteiras e suas maneiras de assistir os partos não escaparam do julgamento (RODHEN *apud* CARNEIRO, 2011, p.28).

Segundo Diniz (1996, p. 115), o modelo de parto que os médicos desejavam instaurar ocorreria dentro do hospital, no entanto houve bastante resistência por parte das mulheres. A justificativa para tal resistência se daria devido ao medo que elas possuíam em relação ao modo de assistência oferecido pelos médicos e também ao receio de se expor intimamente a homens que lhes eram estranhos, sendo assim as mulheres fugiam dos obstetras.

Apesar da resistência ocorriam partos nos hospitais de ensino, no entanto eram realizados em pouca quantidade, porque ocorriam em mulheres desfavorecidas, que não tinham aonde ir na hora do parto ou as parturientes de casos graves que não haviam se resolvido com recursos não médicos. Por outro lado havia as mulheres de famílias mais ricas que possuíam condições de pagar pelo serviço mais personalizado com obstetras no domicílio ou no hospital e também aquelas que eram atendidas por parteiras leigas ou mais cultas (DINIZ, 1996, p.155).

As enfermarias se tornaram então ambientes vazios, pois as mulheres que recorriam aos hospitais eram em quantidade insuficiente, inclusive para atender as necessidades dos médicos e estudantes, que precisavam das mulheres nos serviços

para adquirir prática na assistência aos partos. Nesse contexto surge uma preocupação por parte dos médicos e a fim preencherem as enfermarias utiliza de vários recursos para atrair o público feminino, usando até maneiras coercitivas às pessoas que acolhiam nas suas casas mulheres em trabalho de parto (BRENES *apud* DINIZ, 1996, p. 156).

Apesar dos recursos empregados para atrair o público feminino aos hospitais o medo de realizar partos nesse ambiente continuou, era relacionado ao equipamento utilizado, a rudeza das técnicas e aos índices de infecção hospitalar que atingia as mulheres e as crianças, dessa forma contribuindo para a pouca quantidade de mulheres nas enfermarias (O' DOWD e PHILLIP; BRENES; SCHARAIBER *apud* DINIZ, 1996, p. 156).

No entanto, as partes que exerciam influência na sociedade se uniram a fim de mudar o cenário. Não somente os médicos, mas também o clero e autoridades civis contribuíram, eles atribuíram as parteiras à culpa pelas altas taxas de mortalidade materno-infantil. Sendo que a preocupação da Igreja era em relação ao poder espiritual que as parteiras detinham quando rezavam e benziavam, que se constituía em uma ameaça ao poder da Igreja, acusando-as então de magia e bruxaria. E pela parte das autoridades civis, havia a apreensão em relação à taxa de mortalidade e por isso para eles era interessante que as mulheres se orientassem com os médicos, pois eram reconhecidos pelo Estado, a fim de se estabelecer uma vida mais ordenada e com mais garantia de saúde (MARTINS *apud* CARNEIRO, 2011, p. 29).

Gradativamente, a partir do século XVIII os médicos foram ganhando espaço, sobretudo entre as elites. Em alguns países da Europa, a nobreza foi aos poucos preferindo os médicos homens às parteiras tradicionais, com a justificativa que da maternidade dependiam as futuras gerações. A reprodução passou a ser um assunto de interesse público, com o credo de que o cuidado às gestantes no estado que se encontravam, que classificaram como estado de vulnerabilidade, deveria ser realizado pelos médicos (MELO *apud* DINIZ, 1996, p. 117).

O que intensificou essa mudança de padrão tanto no Brasil como em outros países foi a desarticulação das técnicas de assistência praticadas por médicos e

religiosos, pois o primeiro foi se articulando em busca de legitimidade. Os médicos começaram a se dirigirem às mulheres buscando se antecipar e responder suas necessidades, propondo se solidarizar. Além disso, eles incorporaram o discurso de que o funcionamento do corpo poderia facilmente desviar-se do rumo causando algum problema, por isso haveria a necessidade de antecipação que seria possível através de procedimentos clínicos e cirúrgicos, esses deveriam ser executados frequentemente (DINIZ, 1996, p.156).

Houve também a evolução científica no campo da medicina, que através do desenvolvimento do bisturi, pinças, tesouras, fórceps, antibióticos e analgesia cooperaram na consolidação da ideia de que as mulheres estariam mais amparadas nos hospitais e sob conhecimento médico, tal ideia contribuiu no aumento de número de partos realizados nos hospitais (CARNEIRO, 2011, p. 31).

Indiscutivelmente, há de se concordar que a incorporação do parto por parte dos médicos trouxe aspectos positivos, pois com isso, diminuíram as taxas de mortalidade materna e infantil. Porém aspectos negativos também surgiram, com essa mudança de ambiente o parto começou a ser um ato privativo do médico. E com esse novo modelo de cultura a mulher-mãe também perdeu seu espaço, em que o parto hospitalar "[...] colocou a mulher como objeto, e não como sujeito da ação durante o processo de nascimento, no qual as ações e rotinas de trabalho são mais importantes que a mãe e seu filho e suas ligações afetivas". (MORAES et al., 2006 *apud* PINHEIRO, B. C e BITTAR, 2012, p. 213).

3.2 Expectativas femininas em relação ao parto

A gravidez e o parto quando ocorrem na vida de uma mulher trazem consigo significados que está além das mudanças corporais, eles se traduzem por serem processos de passagem da posição de ser mulher para o de ser mãe, e juntamente a isso estão associados valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (DOMINGUES, SANTOS e LEAL, 2004 *apud* PINHEIRO, B. C e BITTAR, 2012, p. 213).

Sobre o tipo de parto é necessário conhecer as possibilidades para que surja na gestante a expectativa e desejo em relação a algum, sendo durante o pré-natal o momento ideal para que as informações sejam passadas pelos profissionais de

saúde, pois tal orientação é uma ferramenta que possui alto valor instrutivo e influenciador (OLIVEIRA et. al, 2002, p. 669).

Com a orientação recebida é possível para a gestante, juntamente com o profissional de saúde que lhe assiste planejar o parto, conhecer os meios de assistência em situações normais e em situações adversas, escolher o local e como será realizado. É um momento importante, pois se cria o vínculo entre profissional e mulher (OLIVEIRA et. al, 2002, p. 669).

Sendo que a partir desse planejamento, onde a mulher pode decidir sobre a via de parto que surge a autonomia da mulher. Nesse contexto é necessário que os profissionais garantam a mulher o poder de escolha informado e consciente (OLIVEIRA et al., 2002, p. 669)

Nessa mesma linha de pensamento e mais especificamente sobre as cesáreas, Mandarino et al. (2009 p.1588) afirma que a categoria de obstetrícia possui o discurso do direito da mulher à escolha do parto para justificar o pedido da gestante para a realização da cesariana, que vem ocorrendo em grande escala. No entanto, os autores debatem que tal escolha muitas vezes é acompanhada de falta de informação sobre os riscos envolvidos, o que pode gerar transtornos para as gestantes e familiares após a cirurgia.

De acordo Lopes et al. (2005 p.249), com base em um estudo que realizaram as expectativas das gestantes em relação ao parto podem ser positivas ou negativas e sobre si própria ou sobre o bebê, portanto, o acompanhamento profissional é de grande importância. Sobre as expectativas positivas apresentou no estudo apenas uma resposta, que foi relacionado à confiança no atendimento médico que receberia no momento do parto. Sobre as expectativas negativas destacaram-se o receio de que o bebê nascesse prematuro ou com problemas de saúde, preocupação com a dor, insegurança quanto ao atendimento que receberia, medo de ser incapaz e de não reconhecer os sinais do parto, medo de não ter controle sobre o parto, medo de morrer e medo das mudanças ocasionadas pelo nascimento do bebê.

A expectativa em relação a si própria foi relacionada à preocupação de precisar receber anestésico ou ser submetida a cesárea. A expectativa em relação

ao bebê foi sobre a preocupação de que nascesse saudável (LOPES et.al 2005 p.250).

3.3 “Tipos” de parto: normal, humanizado, natural e cesárea

A OMS define parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice¹, entre 37 e 42 semanas completas de gestação, após o nascimento, mãe e filho em boas condições (OMS *apud* GARCIA, 2014).

Neste trabalho parto normal será considerado o desfecho natural de uma gravidez que acontece por meio vaginal, caracterizado por contrações uterinas e que se inicia quando o bebê esta pronto para nascer, nesse processo quem se encarrega é a própria natureza.

No entanto o que se vê hoje a respeito do parto normal é uma mudança considerável das práticas realizadas, fatos que ocorrem graças à incorporação da assistência ao parto pelos médicos, as mulheres foram transferidas para os hospitais, e essa mudança colaborou com a passagem do parto de um evento familiar para ser apenas uma rotina hospitalar (PINHEIRO, B. C e BITTAR, 2012, p. 213).

Os partos normais que ocorrem dentro dos hospitais têm sido cada vez mais acompanhados de tecnologia de diagnóstico, intervenção médica e farmacológica durante o trabalho de parto e o parto, por vezes desnecessários. Como exemplo é possível citar: enema², tricotomia³, episiotomia⁴, ocitocina⁵, amniotomia⁶, anestesia⁷,

¹ Aquela em que o bebê está de cabeça para baixo.

² Método de esvaziamento intestinal por meio da lavagem intestinal com intuito de evitar a evacuação da mulher durante o trabalho de parto e parto.

³ Raspagem dos pelos pubianos.

⁴ Corte cirúrgico feito na região entre a vagina e o ânus para facilitar a passagem da cabeça do bebê.

⁵ Hormônio sintético que estimula contrações uterinas e, assim, induz e/ou acelera o trabalho de parto.

⁶ Rompimento artificial do saco amniótico (bolsa).

⁷ Medicamento utilizado para o alívio da dor.

manobra de Kristeller⁸. Esse cenário nos hospitais brasileiros vem contribuindo para o aumento de cesáreas no Brasil, pois as mulheres sabendo desses procedimentos buscam através da cesárea um parto tranquilo, mesmo sendo uma cirurgia sabem que não sofrerão procedimentos desnecessários (BRITO, 2013, p. 6).

Em virtude do conhecimento das situações existentes na maneira de parir, houve uma intensa movimentação internacional objetivando a humanização do parto, onde se busca priorizar o uso de tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre a mulher e profissionais, assim como desincorporar as técnicas que podem ser prejudiciais a saúde (DINIZ, 2005 *apud* PINHEIRO, B. C e BITTAR, 2012, p. 215).

Segundo o Caderno HumanizaSUS – Humanização do Parto e do Nascimento (2014 p.280), humanizar o parto, é antes de tudo ampliar a escuta, possibilitando à mulher o exercício da sua autonomia, prestando um atendimento focado em suas necessidades, e não no que é melhor para a equipe de profissionais.

E ainda de acordo o Caderno HumanizaSUS – Humanização do Parto e do Nascimento (2014 p.280), dentre as atividades práticas exercidas no contexto da humanização seria atribuição do médico discutir as possibilidades do parto com a mulher, de forma a garantir a escolha do método mais adequado à sua condição clínica. Outra questão importante se dá na valorização dos familiares no contexto do parto, permitindo a participação destes, e aliado a essa valorização se faz necessária também a adequação do ambiente, possibilitando condições ideais para a acolhida da mãe, do bebê e dos familiares ou amigos presentes.

No Brasil, uma iniciativa de grande importância acerca da humanização do parto foi possibilitada pela criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pela portaria nº 569, de 01/06/2000, do Ministério da Saúde. O objetivo principal do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

⁸Empurrão dado na barriga da mulher com o objetivo de levar o bebê para o canal de parto.

Sendo que através dos objetivos do PHPN o sistema priorize o parto vaginal, a não medicalização do parto e a diminuição de procedimentos cirúrgicos desnecessários, tornando assim, o momento do parto um processo mais ativo por parte da mulher (GRIBOSKI & GUILHEM, *apud* PINHEIRO, B. C e BITTAR, 2012, p. 215).

Outras iniciativas também surgiram a fim auxiliar no processo de humanizar a assistência ao parto e nascimento, como as Casas de Parto⁹, a lei do acompanhante – Lei 11.108/2005, a portaria 1.459/2011 que institui a Rede Cegonha, a RDC¹⁰ 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a portaria 371/2014 do Ministério da Saúde e a lei do DF nº 5.534/2015. Além disso, vem crescendo um movimento social na busca pela humanização do parto.

Outro conceito que surgiu, mas que se assemelha ao parto humanizado em relação a suas práticas é o parto natural, é realizado sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, e com o atendimento centrado na mulher. A saída do bebê ocorre pelo canal vaginal, sem qualquer intervenção cirúrgica, a menos que seja realmente necessário (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2010).

Diferencia-se do parto normal justamente pelo fato de que o parto normal tem ocorrido de maneira oposta à sua normalidade e naturalidade, com muitas intervenções sendo realizadas, como as anteriormente citadas e também a suspensão da alimentação, o repouso obrigatório na cama hospitalar, proibição da presença de um acompanhante, tais ações só causam sofrimento, dor e aumento do risco de inúmeras complicações à mãe e ao bebê. Confirmando a explicação do porque muitas mulheres tem medo do parto normal (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2010).

Para Diniz (2005 p. 633-635), há várias interpretações para o termo humanização do parto, que se combinam e contradizem. A humanização como: assistência baseada em evidência, que se opõe a prática orientada pela opinião e tradição, buscando superar a intervenção tecnológica sem base em evidências;

⁹Locais destinados a prestar um atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto normal.

¹⁰Resolução da Diretoria Colegiada

reivindicação e defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento; uso da tecnologia adequada na saúde da população; legitimidade profissional e corporativa, conferindo mais atuação às enfermeiras obstetras e deslocando o local privilegiado do parto, do centro cirúrgico para a sala de parto; legitimidade financeira, racionalizando o uso dos recursos; legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde; e direito ao alívio da dor.

Sobre o parto vaginal, ainda que muitas mulheres deem destaque ao aspecto doloroso desse modo de parir, elas consideram tal experiência como satisfatória, mesmo apesar da dor, que é esquecida após o nascimento do bebê. Ou seja, se realizada de maneira humanizada ou natural, a própria dor, que é comum ao parto vaginal não traz para as mulheres traumas ou arrependimentos (PINHEIRO, B. C e BITTAR, 2012, p. 218).

Outro modo de ter filhos e que vem crescendo a cada dia é a cesárea, apesar de ser indicada somente em casos de risco de vida, esta operação consiste em cortes na parede abdominal e no útero da gestante para retirada do bebê, acontecendo muitas vezes antes mesmo da gestante entrar em trabalho de parto, sendo um evento previamente agendado. Como já foi tratado acerca dos índices de cesárea no Brasil e Distrito Federal, riscos provenientes dela e também das recomendações da OMS será abordado aqui somente acerca dos fatores que levam as gestantes realizarem a cirurgia cesariana.

Conforme Silva, Prates e Campelo (2014 p.8), em um estudo realizado em uma unidade de saúde de Juazeiro – Bahia, os fatores de influência que contribuíram para que as gestantes optassem pela cesárea foram: experiências que não foram bem sucedidas com parto vaginal; desejo de realizar a laqueadura tubária, que seria facilitado por este tipo de parto e medo da dor e sofrimento do parto normal.

Outro estudo identificou a incidência de cesáreas com taxas mais elevadas entre as mulheres com mais de 30 anos, entre as primíparas e multíparas com cesárea prévia, em casos de apresentação não-cefálica, em parto de início não espontâneo, em gestação gemelar, em dilatação inferior a 3 cm, presença de

patologia na gestação e/ou pré-parto e idade gestacional menor de 37 semanas e maior de 40 semanas (SAKAE, FREITAS e D'ORSI, 2009 p. 475).

Postos esses conceitos e panorama, interessa-nos, agora, conhecer como caminha a produção investigativa e bibliográfica sobre os partos no DF, seja quanto a assistência, modelos, expectativas e etc. Por isso, optamos por explorar o assunto de maneira ampla (partos no DF) e assim constatar como o assunto tem sido debatido na academia, já que ocupa lugar importante nas políticas públicas e estratégias governamentais, bem como entre as mulheres.

4. Metodologia

A metodologia utilizada neste estudo foi a revisão bibliográfica. Definido por ser um método científico para busca e análise de artigos, livros, teses sobre uma determinada área da ciência, amplamente utilizado nas diversas áreas de conhecimento, inclusive na área da saúde, onde há grandes massas de dados e fontes de informações (CONFORTO; AMARAL; SILVA 2011 p.1).

A pesquisa bibliográfica possui caráter exploratório, pois permite maior familiaridade com o problema, aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições (GIL 2007 *apud* CONFORTO; AMARAL; SILVA 2011 p.1).

Esta revisão de literatura resulta do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema. Permitindo um mapeamento de quem já escreveu e o que já foi escrito sobre o assunto escolhido (SILVA; MENEZES 2005 p.37).

Esta pesquisa foi realizada com o objetivo de determinar o estado da arte, mostrar através da literatura já publicada o que já sabe sobre o tema, quais os buracos existentes e onde se encontram as principais barreiras teóricas ou metodológicas (SILVA; MENEZES 2005 p.37).

Por se tratar de um estudo bibliográfico nas bases de dados, e não uma pesquisa com pessoas, esta revisão bibliográfica não precisou passar pelo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

4.1 Levantamento de dados

Para a seleção do material bibliográfico foram acessadas as bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) por intermédio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sendo que esta permite uma busca simultânea nas principais fontes de dados de saúde. Também foi utilizado como método o acesso direto na base de dados SCIELO. Foram usados os seguintes filtros:

- Texto completo;
- Assuntos principais: Partos, parto normal, parto humanizado, parto natural, Brasília, Distrito Federal;
- País/Região: Brasil
- Idioma: Português
- Artigos Científicos

A busca na literatura foi realizada por meio de nove associações de palavras-chaves, para essas combinações foram utilizados os operadores booleanos a seguir:

1. (Parto) AND (Brasília ou Distrito Federal)
2. (Parto) AND (Brasília)
3. (Parto) AND (Distrito Federal)
4. (Parto normal) AND (Brasília)
5. (Parto normal) AND (Distrito federal)
6. (Parto humanizado) AND (Brasília)
7. (Parto humanizado) AND (Distrito Federal)
8. (Parto natural) AND (Distrito Federal)
9. (Parto natural) AND (Brasília)

A pesquisa bibliográfica foi realizada em quatro fases:

1. Na primeira fase da pesquisa foram encontrados 54 resultados, sendo que destes, 1 foi excluído pois o link não foi encontrado, erro “404 Not found”.
2. Na segunda fase da pesquisa de 53 estudos foram excluídos 26, dentre eles, 6 artigos por abordarem sobre animais, 3 por terem sido realizados em outro

estado ou país, 1 por não condizer com as palavras-chaves, 3 por estar em idioma diferente do português, 1 por ser do ano de 2016 e 12 por não terem disponibilizado o texto na íntegra. Sendo assim, nessa fase 27 artigos foram selecionados.

3. Na terceira fase da pesquisa foi realizado o último recorte do estudo, onde foram excluídos 13 artigos que se repetiram quando foram utilizados outros descritores ou possuíam suas versões replicadas e indexadas em mais de uma base de dados.
4. Na quarta e última fase foi definida a amostra final da pesquisa que se consistiu em 14 artigos.

Sendo assim, a pesquisa bibliográfica obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Estudos em português disponíveis em texto completo nas bases de dados supracitadas, publicados entre 2004 a 2014.
- Estudos determinados pelos descritores: parto, parto normal, parto natural, parto humanizado.
- Estudos realizados sobre Brasília – Distrito Federal.

4.2 Caracterização dos artigos

Para análise, organização e categorização dos artigos, foi elaborado um quadro, contendo: (1) título da publicação; (2) autores; (3) objetivo; e (4) ano e área dos artigos que compuseram a amostra da revisão.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados sobre partos em Brasília ou Distrito Federal, segundo: título, autores, objetivo, ano e área.

TÍTULO	AUTOR	OBJETIVO	ANO E ÁREA
1. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste.	Ruy Laurenti; Maria Helena Prado de Mello Jorge; Sabina Léa Davidson Gotlieb.	Conhecer a qualidade da informação da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, e estimar a razão de mortalidade materna (RMM) e os fatores de ajuste para os dados oficiais, no conjunto das capitais de estados brasileiros e Distrito	2004; Epidemiologia.

		Federal.	
2. A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber/fazer edificante.	Moema da Silva Borges; Diana Lúcia Moura Pinho; Dirce Guilhen.	Identificar as representações sociais das parteiras tradicionais acerca do cuidado.	2007; Enfermagem.
3. Alterações do fluxo sanguíneo em artéria umbilical na síndrome hipertensiva gestacional e suas implicações nos resultados neonatais.	Marta David Rocha de Moura; Paulo Roberto Margotto; Lígia Maria Suppo de Souza Rugolo.	Avaliar as características antropométricas, a morbidade e mortalidade de recém-nascidos (RN) prematuros nascidos vivos de mães hipertensas em função da presença ou não de diástole zero (DZ) ou reversa (DR) na doplervelocimetria arterial umbilical.	2013; Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.
4. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira.	Gabriela dos Santos Buccini, Maria Helena D'Aquino Benício, Sonia Isoyama Venancio.	Analisar os fatores associados ao uso de chupeta e/ou mamadeira em lactentes menores de um ano.	2014; Saúde Pública
5. Doação de leite humano: experiência de mulheres doadoras	Lucienne Christine Estevez de Alencar; Eliane Maria Fleury Seidl.	Descrever características do comportamento de doação e identificar motivos, crenças e sentimentos relativos a essa prática, segundo relatos de mulheres doadoras. Foram investigados ainda aspectos pessoais e socioambientais de mulheres doadoras e ex-doadoras que parecem afetar a conduta de doação.	2009; Saúde Pública
6. Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrízes de um hospital público do Distrito Federal.	Ana Patrícia Rodrigues Fragoso, Renata Costa Fortes.	Apesar de os benefícios do leite materno, a ausência de conhecimento por parte das nutrízes tem sido apontada como uma das principais causas para o desmame precoce. O objetivo deste estudo foi descrever os fatores associados à prática do aleitamento materno em nutrízes de um hospital público do Distrito Federal.	2011; Nutrição
7. Fatores associados à realização de cesariana em	Karla Simônia de Pádua; Maria José Duarte Osis; Anibal	Avaliar a prevalência de cesariana em hospitais	2010. Saúde Pública

hospitais brasileiros.	Faúndes; Avelar Holanda Barbosa; Olimpio Barbosa Moraes Filho.	brasileiros.	
8. Malformações cardíacas congênitas em necropsias pediátricas: características, associações e prevalência.	Dinaldo de Lima Leite; Hécio Miziara; Moema Veloso.	Conhecer a prevalência e as características das malformações cardíacas congênitas em necropsias pediátricas realizadas no Hospital Regional da Asa Sul, Brasília, DF, de janeiro de 1996 a dezembro de 2007.	2010; Arquivos Brasileiros de Cardiologia
9. Mortes maternas e mortes por causas maternas	Ruy Laurenti; Maria Helena P. de Mello Jorge; Sabina Léa Davidson Gotlieb	Estabelecer as diferenças conceituais entre mortes maternas e mortes por causas maternas, considerando-se os resultados da investigação citada e os dados oficiais do país obtidos pelo SIM.	2008; Epidemiologia
10. Myasthenia gravis e gestação: relato de caso e discussão sobre manejo durante gravidez, parto e puerpério.	Miriam da Silva Wanderley; Ana Carolina Samaan Werlang; Lívia Custódio Pereira	Sem dados	2012; Medicina
11. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto.	Kátia Rosa Azevedo; Alessandra da Rocha Arrais.	Compreender os sentimentos e vivências pelos quais passam as puérperas que experimentam a depressão, valorizando/reconhecendo os fatores psicossociais envolvidos, tanto em suas repercussões na vida psíquica da mulher, quanto em sua vida relacional, sobretudo com seu bebê.	2006; Psicologia.
12. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto	Alessandra da Rocha Arrais; Mariana Alves Mourão; Bárbara Fragalle.	Avaliar o potencial preventivo do programa de PNP para a DPP.	2014; Saúde Pública
13. Prevalência e correlação de fatores associados à prática de episiotomia em um hospital público do Distrito Federal	Lara Carolina Costa; Lissandra Martins Souza	Sem dados	2009; Ciências da saúde.

14. Principais causas básicas da mortalidade infantil no Distrito Federal, Brasil: 1990 a 2000	Renata Alves Monteiro; Bethsáida de Abreu Soares Schmitz	Caracterizar a tendência da mortalidade infantil no Distrito Federal por causa básica de morte e segundo causas evitáveis entre 1990 e 2000.	2004; Saúde Materna Infantil.
------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

Após a categorização dos artigos, entre os trinta e cinco autores foi possível destacar quatro que publicaram mais de um artigo sobre o tema. Foram eles: Ruy Laurenti, Maria Helena Prado de Mello Jorge, Sabina Léa Davidson Gotlieb e Alessandra da Rocha Arrais, que tiveram dois artigos publicados cada.

Ainda com a categorização, entre as dez áreas foi possível destacar também duas que publicaram mais de um artigo sobre o tema. A área da enfermagem publicou dois artigos e a saúde pública quatro artigos.

Também foi possível caracterizar por período de publicação, os artigos encontrados foram publicados em: 2004, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014. Sendo que nos anos de 2004, 2009, 2010 e 2014 foram publicados dois artigos, nos demais anos apenas um artigo cada.

Os temas dos artigos foram: mortalidade materna, mortalidade infantil, maternidade e depressão pós-parto, parteiras tradicionais, complicações devido a problemas na gestação, leite materno, uso da chupeta e mamadeira, cesárea, má formação, doença autoimune na gestação e episiotomia.

5. Resultados

Para uma maior compreensão da revisão bibliográfica os resultados serão apresentados em seis categorias, que são elas: Mortalidade materna e infantil; Depressão pós-parto; Parteiras tradicionais; Leite materno e uso da chupeta e mamadeira; Procedimentos cirúrgicos: cesárea e episiotomia; Complicações durante e após a gestação.

5.1 Mortalidade materna e infantil

Ambos os estudos sobre mortalidade materna possuem o mesmo objeto, a análise sobre as informações da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos das capitais brasileiras e Distrito Federal para posteriormente estimar uma nova razão de mortalidade materna (RMM) a partir do método de pesquisa denominado Reproductive Age Mortality Study (RAMOS).

Todavia o primeiro artigo (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004) descreve os procedimentos e conclusões da pesquisa com informações detalhadas, enquanto o segundo artigo (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2008) objetivou apenas estabelecer as diferenças conceituais entre mortes maternas e mortes por causas maternas utilizando os dados da pesquisa, mas de uma forma sucinta.

Os conceitos utilizados pela pesquisa (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2008 p.284) foram os da OMS.

Morte materna se caracteriza por ser morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. E o de morte por causa materna se define por ser aquela que ocorre pelas causas que constam no Capítulo XV¹¹ – Gravidez, parto e puerpério – da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10).

Dentre as causas de mortes de mulheres em idade fértil as que se destacaram no estudo foram: os acidentes vasculares cerebrais; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); causas externas, particularmente homicídios e suicídios; câncer de mama e de colo de útero (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004 p.453).

Constataram que dos 7.332 óbitos analisados, 458 (6,2%) ocorreram no período chamado de ciclo gravídico puerperal ampliado (mortes ocorridas na

¹¹As causas que constam no capítulo XV contêm os seguintes agrupamentos: 000-008 Gravidez que termina em aborto; 010-016 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério; 020-029 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez; 030-048 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto; 060-075 Complicações do trabalho de parto e do parto; 080-084 Parto; 085-092 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério; 094-099 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte (DATASUS).

gestação, no parto e até um ano após o mesmo) e ocorreram também cinco mortes mais de um ano após o parto, mas cuja causa básica foi causa materna, totalizando 463 mortes. No entanto verificaram com a pesquisa que dessas 463 mortes somente em 144 declarações dos óbitos originais estava descrito como causa da morte uma causa materna e em 319 estavam informadas outras causas. Com relação a essas 319 mortes detectaram a partir da investigação que 95 mortes eram por causas maternas e 224 continuaram como não materna, totalizando após a averiguação 239 mortes por causa materna (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004 p.453).

Dos 239 casos em que a causa básica da morte era materna, 201 óbitos ocorreram até 42 dias após o parto e 38, após esse período, sendo 33 causas maternas tardias e 5 sequelas de causas maternas. E observando essas 201 mortes verificaram que a proporção de gestantes foi de 26,9%, as que estavam no puerpério de até 48 horas foram 34,3% e 38,8% as que estavam no puerpério entre 48 horas e 42 dias, esta última taxa caracterizando-se por ser a mais elevada, sendo esse período a fase em que a mulher deveria ser assistida pela atenção básica nas consultas de puerpério (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004 p. 454).

O artigo trata sobre os dados das mulheres que faleceram por causas maternas e dão destaque a algumas características socioculturais. As idades das mulheres ao morrer, média, mediana e máxima foram, respectivamente, 28,6 anos, 28 anos e 45 anos. Além disso, quanto à escolaridade, na amostra das mulheres falecidas 3,6% eram analfabetas, 53% cursaram até o primeiro grau incompleto e 25,6% haviam concluído essa fase, 8,9% completaram o segundo grau e 8,9% haviam frequentado um curso superior (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004 p. 456).

Sobre o estado civil os dados mostraram que 25,4% das mulheres eram casadas e 32,8% viviam em união consensual, sendo que a maioria vivia sem o companheiro (41,8%), estando solteiras, viúvas ou separadas. Analisando as características socioculturais das mulheres que vieram a óbito por causa materna a maior incidência de mortes ocorreram em mulheres jovens com idade média de 28,6 anos, entre as que não completaram o primeiro grau e entre as mulheres que não possuíam companheiro (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004 p. 456).

Os pesquisadores, fazendo uso da metodologia RAMOS, concluíram que os óbitos por causas maternas estavam sub-declarados nas capitais brasileiras, pois ao compararem as causas de morte da nova declaração de óbito que fizeram e da declaração de óbito original verificou que havia desigualdade, em algumas declarações de óbitos originais a causa da morte não era causa materna e já com a nova declaração de óbito sobre a mesma mulher a causa de morte era materna (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004 p. 456-7).

Apontaram que 67,1% das mortes maternas foram ocasionadas por causas obstétricas diretas (aquela devida a complicação no estado que só ocorre no ciclo gravídico puerperal). Dentre desse grupo os transtornos hipertensivos tiveram uma prevalência de quase 25%, as complicações hemorrágicas, devidas a placenta prévia e deslocamento prematuro da placenta, e outras hemorragias foram responsáveis por 13,3% e a pré-eclampsia e eclampsia foram responsáveis pela maior causa de mortes, correspondendo 37%. Tais dados mostram que é necessária a melhoria da assistência a saúde tanto no pré-natal quanto no puerpério (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004 p. 457).

Sobre as causas obstétricas indiretas (aquelas resultantes de doenças pré-existentes ou que se desenvolvem durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pela gravidez) o valor correspondente foi de 25,4%, no entanto não descrevem quais seriam as doenças (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004 p. 457).

De acordo Laurenti; Jorge; Gotlieb (2008 p. 284), em virtude da má qualidade do preenchimento da declaração de óbito por alguns médicos, no que diz respeito às causas de morte, as mortes maternas são subnumeradas ou como já mencionado subdeclaradas, o que levou a OMS recomendar que fossem medidos fatores de ajuste para as mortes maternas.

Entre as 33 causas de mortes maternas tardias, a que teve maior índice foi a mio-cardiopatia pós-parto (24,2%), seguida por complicações hipertensivas da gravidez ou doença hipertensiva específica da gravidez (eclampsia ou pré-eclampsia), em 21,3% dos casos, aparecem também às doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez (12,1%), outras doenças especificadas (12,1%) e abortos (12,1%). Houve duas mortes (6,1%), por ruptura de incisão de cesariana e por infecção puerperal (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2008 p.287).

Através da pesquisa verificaram que as causas obstétricas indiretas eram responsáveis por 25,4% das mortes, no entanto tal valor foi inferior nas declarações de óbitos originais e os pesquisadores atribuem a esse fato o modo como os médicos preenchem a declaração de óbito, pois normalmente se baseiam somente no quadro final da paciente. Essas mortes representaram um quarto das mortes maternas (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2008 p.290).

Refletem que a distinção entre morte materna, morte materna tardia e morte por sequela de causa materna poderia ser identificada através das declarações de óbito originais mediante o preenchimento das variáveis 43 e 44, tais variáveis permitem a identificação do intervalo de tempo entre o parto e a morte. No entanto como esse item é preenchido pelos médicos de maneira insatisfatória, tendo como base o material que verificaram, torna se necessárias mais pesquisas e mais investimentos a fim de que cada vez mais haja um melhor preenchimento nas declarações de óbitos (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2008 p.291).

Em relação à taxa de mortalidade infantil Monteiro e Schmitz (2004 p.414) descrevem que no Brasil as maiores causas de morte são devidas as complicações que ocorrem na gestação e no parto, sendo responsáveis por aproximadamente 80% das mortes neonatais e 50% da mortalidade infantil.

Com os resultados obtidos sobre o Distrito Federal, verificaram que em relação ao coeficiente de mortalidade infantil houve uma variação de -45,2% nos anos estudados, entre 1990 e 2000, passando de 26,3% para 14,4% nascidos vivos. Essa redução ocorreu em todas as principais causas básicas de morte na faixa etária estudada no período (MONTEIRO; SCHMITZ, 2004 p.415).

Ao avaliarem a causa básica da morte, a maior ocorrência no DF deveu-se as afecções perinatais e quando somadas aos óbitos por anomalias congênitas, as mortes por afecções perinatais passaram a representar, após 1995, mais de 70% dos óbitos em menores de um ano (MONTEIRO; SCHMITZ, 2004 p.415).

No entanto, a taxa de mortalidade por afecções perinatais diminuiu em 38,8%, porém a proporção de óbitos por essa causa aumentou provavelmente ao maior decréscimo de mortes por outras causas, principalmente as doenças infecto-parasitárias, que tiveram um decréscimo de 84,2% (MONTEIRO; SCHMITZ, 2004 p.415).

No período estudado, as causas de mortalidade infantil por ordem de magnitude foram: afecções perinatais, deficiências nutricionais, doenças do aparelho respiratório e doenças infecto-parasitárias (MONTEIRO; SCHMITZ, 2004 p.415).

Entre 1990 e 2000, o coeficiente de mortalidade neonatal teve variação percentual de -35,1%, passando de 15,4 para 10,0% nascidos vivo, sendo que as categorias de causas redutíveis responsáveis por essa diminuição foram as relacionadas à atenção ao parto, controle na gravidez e ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces. Entretanto dentre os óbitos de menores de um ano, a maior redução aconteceu no período pós-neonatal, que passou de 10,5 para 4,3% nascidos vivos (variação de 59,0%) e isso se deve às ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces. Outro fator contribuinte foi as parcerias com setores que exercem influência. O coeficiente de mortalidade por causas não evitáveis no período pós-neonatal manteve-se baixo durante todo o intervalo de tempo estudado (MONTEIRO; SCHMITZ, 2004 p.418).

Tal pesquisa sobre a mortalidade infantil faz reflexão acerca das declarações de óbitos infantis, apesar das informações serem consideradas de boa qualidade destacaram que há poucas pesquisas que avaliem a qualidade dos dados relacionados ao preenchimento da informação referente à causa básica de morte no DF, necessitando dessa forma investimentos sobre os profissionais responsáveis pelo preenchimento, pois em outros locais houve indicações de que se torna necessária melhoria no preenchimento dessa variável (MONTEIRO; SCHMITZ, 2004 p.418).

5.2 Depressão pós-parto

O artigo traz reflexões acerca da depressão pós-parto, enfatizando os fatores psicossociais envolvidos. Trata-se especificamente de um estudo de caso sobre uma das participantes do grupo de apoio e orientação a mães com depressão pós-parto, desenvolvido na Universidade Católica de Brasília (AZEVEDO e ARRAIS, 2006, p. 269).

Tal artigo é resultado de um estudo qualitativo e utiliza o método da Epistemologia Qualitativa, tal método foi idealizado por González Rey e para ele a pesquisa em psicologia exige uma compreensão dos processos que não são

acessíveis à experiência objetiva, portanto considera importante o uso da subjetividade (AZEVEDO e ARRAIS, 2006, p. 271).

O sujeito da pesquisa, a senhora Vanuza (nome fictício dado pelos pesquisadores) é a representação das mulheres das sociedades modernas atuais, pois escolheu ter filhos mais tarde, depois de cuidar da carreira profissional, no entanto os autores informam que desde a infância ela treina em sua família o papel de mãe. Devido o seu apego por crianças a senhora Vanuza acreditava que seria uma boa mãe, porém após o nascimento de sua filha ela começou a se sentir nervosa, cansada, irritada e ansiosa, levando-a a uma decepção e depressão, observa-se que há o conflito entre o que esperava e o vivido, que tem reflexo no desempenho do papel materno (AZEVEDO e ARRAIS, 2006, p. 273).

Observaram também no discurso do sujeito de pesquisa sentimentos de fracasso e desajuste por ter comportamentos contraditórios com a representação social da maternidade, que associa feminilidade a atitudes passivas. Em uma das técnicas utilizadas às mães deveriam produzir um cartaz com o que entendiam que era ser mãe e ser pai, a senhora Vanuza fez uma lista de renúncias que tiveram um tom de punição, mas que são compatíveis com o que a sociedade espera das boas mães, que devem se sacrificar por inteiro pela sua família (AZEVEDO e ARRAIS, 2006, p. 273).

Discutem também sobre outra característica que aparece no contexto da depressão pós-parto, a tendência masoquista, que é comum às mães que se propõem a atender rigorosamente aos critérios da mãe idealizada. É possível ver as estruturas masoquistas como uma tentativa de lidar e de se defender da culpa invocada pelo ódio materno. Sendo que o masoquismo materno tem a ver com a ambivalência materna e com sentimento de culpa. A ambivalência existe quando as mães empregam aos filhos atitudes generosas, mas na tentativa de obter perdão dos sentimentos de ódio que a faz sentir-se culpada (AZEVEDO e ARRAIS, 2006, p. 273).

Outro aspecto relevante é em relação ao apoio social, a mãe e família de Vanuza moravam em outra cidade e devido a insegurança e ansiedade terem

aumentado a respeito dos cuidados com a filha, ela se deslocava com frequência em busca do apoio da mãe (AZEVEDO e ARRAIS, 2006, p. 273).

Apresentou-se também como outro problema a privação do sono, que por sua vez ocorria devido à infelicidade que Vanuza sentia e ao fato de precisar acordar várias vezes durante a noite para amamentar a bebê. Segundo os autores essa privação do sono pode ser bastante prejudicial, pois causa irritabilidade, alucinações visuais, pensamentos paranoicos, entre outros sintomas. No entanto, relatam que mesmo com o cansaço que Vanuza sentia, ela se negava em dividir as tarefas com seu esposo e com sua empregada, confiando a filha apenas a sua mãe, que morava distante (AZEVEDO e ARRAIS, 2006, p. 274).

Esta resistência seria justificada pelo desejo que possuía de ser a supermulher em casa e no trabalho, fato que verificaram através das falas de Vanuza. Ela relatou que ansiava ser boa mãe e boa profissional e que seu principal problema era dividir seu tempo. Sendo que mesmo com a dificuldade ocasionada pela dupla jornada de trabalho, várias vezes afirmou que se tratava apenas de uma fase estressante e que seu problema se resumiria à dificuldade de dormir um sono satisfatório, relatam que apresentou dificuldades em reconhecer que estaria com um quadro de depressão (AZEVEDO e ARRAIS, 2006, p. 274).

A própria gestação também contribuiu para o aparecimento de depressão pós-parto em Vanuza, ela engravidou após alguns anos de tratamento de reprodução assistida e após ter ocorrido três abortos espontâneos, sendo que essa gravidez representava perigo para vida de Vanuza, portanto o período da gestação se caracterizou por ser um momento de fragilidade, temor e incertezas (AZEVEDO e ARRAIS, 2006, p. 274).

Azevedo e Arrais (2006, p. 275), refletem que apesar das mudanças ocorridas na sociedade ainda têm-se como anseio o exercício da mãe infalível em tempo integral. Sendo que atualmente o comportamento de obter satisfação exclusiva a partir da maternidade tende a ser prejudicial, pois normalmente a mulher trabalha fora, também é responsável pelo orçamento familiar e cultiva interesses diversos, todos estes elementos apareceram no caso de Vanuza.

Acerca do mesmo tema, mas com outra perspectiva Arrais; Mourão e Fragalle (2014 p. 251) abordam sobre o pré-natal psicológico (PNP), um programa pioneiro em Brasília que visa à integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal com ênfase na preparação psicológica para a maternidade e paternidade e prevenção da depressão pós-parto (DPP). O objetivo da pesquisa foi avaliar a contribuição do PNP para prevenir a DPP.

A população do estudo foi de dez mulheres que se encontravam em diferentes trimestres da gestação, que variou da 16ª semana à 30ª semana no início do PNP, todas residiam no Distrito Federal e entorno. Sendo que cinco mulheres participavam do grupo intervenção, composto pelas gestantes que quiseram participar das sessões do PNP e as outras cinco participavam do grupo controle, formado pelas gestantes que não quiseram participar das sessões (ARRAIS; MOURÃO e FRAGALLE, 2014 p. 258).

Na primeira fase da pesquisa levantaram os fatores de risco e de proteção presentes na vida das participantes, os fatores de risco encontrados foram: ser primípara; rede de apoio social e familiar empobrecida; relacionamento conjugal insatisfatório; idealização da maternidade; ser mãe solteira; gravidez não planejada; gravidez não desejada; depressão gestacional; relação conflituosa com a mãe; condições socioeconômicas desfavoráveis; falta de apoio do pai do bebê; transtornos de humor, parto traumático e prematuridade. E os fatores de proteção levantados foram: ser múltipara; gravidez planejada; gravidez desejada; suporte familiar; relacionamento conjugal satisfatório; apoio emocional do pai do bebê; bom relacionamento com a mãe; parto satisfatório e situação socioeconômica favorável (ARRAIS; MOURÃO e FRAGALLE, 2014 p. 258).

Para análise de dados somaram os fatores de risco no grupo-intervenção e observaram o total de 29 ocorrências enquanto no grupo-controle sucederam 18 ocorrências, por outro lado, os fatores de proteção do grupo-controle (31 ocorrências) superaram os do grupo-intervenção (26 ocorrências). Observando esses dados percebeu-se que as mulheres do grupo-intervenção estariam mais vulneráveis a desenvolver a DPP, e possivelmente foi a presença desses fatores de risco que levaram as mulheres a procurar o grupo (ARRAIS; MOURÃO e FRAGALLE, 2014 p. 259).

Tratam também sobre a dificuldade que acometeu a ambos os grupos após a maternidade, o fato de ter ocorrido decepção e desilusão por não ser como esperavam. Relatam que a ideia que a sociedade possui que a maternidade é algo instintiva as mulheres as fez pensar que não haveria necessidade de preparo, porém quando lidaram com as dificuldades do exercício materno, sentiram-se deprimidas e responsáveis pelo insucesso, o que as deixam vulneráveis a DPP (ARRAIS; MOURÃO e FRAGALLE, 2014 p. 260).

Destacam também os resultados referentes aos níveis de depressão gestacional nos dois grupos, em função da sua relevância como fator de risco para DPP. Dentro do grupo-intervenção apenas uma das colaboradoras não apresentou sintomas de depressão na gestação, sendo duas com nível moderado-severo de depressão. Enquanto no grupo-controle, apenas duas colaboradoras apresentaram sintomas de depressão, sendo uma no nível moderado-severo e outra no nível leve-moderado (ARRAIS; MOURÃO e FRAGALLE, 2014 p. 261).

Apesar de a depressão na gestação ser fator de risco para a depressão pós-parto, verificaram no puerpério que nenhuma das gestantes acompanhadas no grupo-intervenção e que participaram do PNP desenvolveu depressão após o parto, enquanto duas das puérperas do grupo-controle, que não participaram do PNP, demonstraram DPP. Com base nestes resultados, há o questionamento se a participação no PNP permitiu que, de alguma forma, a depressão fosse tratada ou minimizada e a depressão não emergisse no puerpério (ARRAIS; MOURÃO e FRAGALLE, 2014 p. 261).

A última fase da pesquisa consistiu em ter um retorno por parte das mulheres que participaram do grupo intervenção e elas avaliaram positivamente o impacto do PNP para o desenvolvimento da sua maternidade (ARRAIS; MOURÃO e FRAGALLE, 2014 p. 262).

5.3 Parteiras tradicionais

O estudo qualitativo de Borges; Pinho e Guilhen (2007 p. 319) objetivou identificar as representações sociais das parteiras tradicionais acerca do cuidado. Para análise dos resultados dividiu-se em dois blocos, sendo o primeiro bloco composto das classes: Fazer é preciso; Fazer e aprender, apesar dos pesares;

Fazer para proteger a mãe e a criança e o segundo bloco composto das classes: Cuidado como compromisso individual e Cuidado como compromisso social.

A classe “Fazer é preciso” demonstrou a necessidade que as parteiras tradicionais possuem em continuar o trabalho devido as suas necessidades cotidianas que por sua vez estão associadas à solidariedade e a ética, exemplificadas por duas razões: o envolvimento das parteiras em situações que implicam perigo de vida para a mulher e a criança e ao cumprimento de uma missão, traduzida numa atitude de fé e respeito à vida (BORGES; PINHO; GUILHEN, 2007, p.319).

A prática de ações de saúde baseadas no senso comum no cotidiano das populações se caracteriza por ser uma tática de resistência, pois tende a combater os desafios e às limitações da comunidade. Este cuidado em saúde se faz necessário nas áreas rurais, pois normalmente os serviços oficiais raramente chegam. Quanto a essas práticas os laços terapêuticos que se formam a partir da vinculação da parteira com a parturiente e sua família também se constituem de grande importância (BORGES; PINHO; GUILHEN, 2007, p.319).

A segunda classe “Fazer e aprender, apesar dos pesares” revelou o contexto social e as circunstâncias da construção do conhecimento da arte de partejar, que se constituiu por ser um aprendizado através da prática e cercado de dificuldades, em que as mulheres apararam os filhos de outras mulheres e apararam o próprio filho (BORGES; PINHO; GUILHEN, 2007, p.320).

A classe “Fazer para proteger a mãe e a criança” tratou sobre as práticas medicinais que as parteiras realizam utilizando as ervas e plantas e que são feitas para prevenir os males que podem acometer a mãe e a criança após o parto, tais conhecimentos são oriundos do senso comum. Considerando que os cuidados promovidos pelas parteiras em algumas localidades são os únicos cuidados de saúde que a população possui elas são consideradas pela sua comunidade como médicas, enfermeiras e farmacêuticas, capazes de aliviar as dores e males (BORGES; PINHO; GUILHEN, 2007, p.320).

O segundo bloco tratou acerca dos aspectos ligados a ética da prática das parteiras, na classe “Cuidado como compromisso individual” observaram que uma

das dimensões da integralidade é utilizada pelas parteiras, cujo foco está na individualidade e na coletividade. Na ação das parteiras elas buscam atender as necessidades da mãe e filho, porém seus cuidados são estendidos a toda família (BORGES; PINHO; GUILHEN, 2007, p.321).

Na classe “Cuidado como compromisso social” também aparece mais uma dimensão da integralidade, a preocupação com o social. As parteiras relatam que o cuidado com o ser humano exige a união de saberes e esforços, contemplando as parteiras e profissionais de saúde da academia, pois os conhecimentos são diferentes, mas se completam (BORGES; PINHO; GUILHEN, 2007, p.319).

5.4 Leite materno e uso da chupeta e mamadeira

O estudo de Alencar e Seidl (2009) propôs conhecer as experiências de mulheres em relação à doação de leite materno, as bases de dados para seleção das mulheres foram dois bancos de leite da rede pública de saúde do Distrito Federal.

Os resultados demonstraram que o motivo mais recorrente que levou as mulheres a doarem seu leite foi o altruísmo, desejo de ajudar a outras mães que estão impossibilitadas de amamentar, sendo um ato voluntário. O segundo motivo mais relatado foi o excesso de produção de leite, superior à necessidade do bebê (ALENCAR; SEIDL, 2009 p.73).

Algumas doadoras relataram fatores marcantes que as incentivaram a doar leite, foram: presenciar a dificuldade e sofrimento das mães que não conseguiam amamentar seus bebês e o pensamento de evitar o desperdício (ALENCAR; SEIDL, 2009 p.73).

Outros fatores exerceram influência na decisão de doar o leite, foram eles: acesso a informações sobre importância da doação, disponibilizadas por profissionais de saúde e meios de comunicação; a auto valorização, por exercer um papel social relevante; apoio de instituições e incentivo de pessoas do seu convívio (ALENCAR; SEIDL, 2009 p.74).

As ações necessárias para que as mulheres comesçassem a doação foram: contatar o banco de leite humano por telefone; ir ao banco de leite em busca de informação; contatar o corpo de bombeiros por telefone; buscar

informação (internet, em outra mídia ou serviços específicos) e através de apoio institucional na maternidade onde teve bebê (iniciando doação quando ainda internada) (ALENCAR; SEIDL, 2009 p.74).

Os motivos mais frequentes que levaram as mulheres a interromperem a doação foram o retorno às atividades cotidianas e redução da produção de leite. Algumas mulheres haviam tido gestação anterior, no entanto não haviam doado leite, quando questionadas sobre o motivo da não doação as justificativas das mulheres foram: vergonha; desconhecimento sobre doação; falta de orientação; falta de iniciativa própria e muito leite apenas no início da amamentação, tais fatores revelam a necessidade de uma assistência com qualidade (ALENCAR; SEIDL, 2009 p.74).

Ainda no tema de leite materno, Fragoso e Fortes (2011) realizaram um estudo com nutrízes de um hospital público do Distrito Federal, com o objetivo de descrever os fatores associados à prática do aleitamento materno.

Os resultados evidenciaram que das 34 participantes da pesquisa apenas 12 não receberam orientações sobre aleitamento materno, enquanto 22 relataram que receberam orientações. Entre as que foram orientadas, 13 receberam orientações na maternidade e 9 receberam durante as consultas de pré-natal, evidenciando a fragilidade no pré-natal (FRAGOSO; FORTES, 2011 p.115).

A maioria delas (26 nutrízes) possuíam dificuldades para amamentar, destas 16 conseguiram solucionar, entretanto 10 não conseguiram. Das crianças envolvidas quando pesquisado sobre o uso de fórmulas lácteas observaram que 25 delas estavam recebendo no hospital outro leite além do materno e apenas 9 estavam em aleitamento materno exclusivo. E quando verificado se estavam em aleitamento materno exclusivo 28 mulheres relataram que ofereciam água, chá, suco ou outro alimento para o seu bebê e somente 6 ofereciam apenas o leite materno (FRAGOSO; FORTES, 2011 p.115).

A respeito da introdução precoce de outros alimentos as principais causas referidas pelas nutrízes foram: choro excessivo do bebê; rejeição da mama pelo bebê; decisão própria; leite fraco; e leite secou. Em relação à introdução de mamadeiras 19 nutrízes introduziram ou pretendiam introduzir o uso de mamadeiras, contra 15 que não introduziram e nem pretendiam. E sobre a iniciação do uso de chupetas 22 disseram que não iniciaram e nem pretendiam iniciar o uso de chupetas e 12 disseram que iniciaram ou pretendiam (FRAGOSO; FORTES, 2011 p.115).

Sobre a duração ideal para o aleitamento materno exclusivo, 17 das nutrizes relataram ser até os seis meses, 7 relataram que o tempo ideal seria mais de seis meses e 10 disseram que a duração ideal seria em torno de dois a cinco meses. E sobre as vantagens do leite materno, as mulheres disseram que para elas a maior vantagem do aleitamento materno para a criança seria a proteção contra as doenças e para a mãe a maior vantagem seria o vínculo criado entre mãe-filho. Sobre a contribuição do nutricionista no apoio ao aleitamento materno 29 das nutrizes disseram que é importante a contribuição do nutricionista e 5 não consideraram importante essa contribuição (FRAGOSO; FORTES, 2011 p.115-116).

Com outra perspectiva Buccini; Benicio; Venancio (2014, p.571) realizaram um estudo sobre os fatores associados ao uso de chupeta e/ou mamadeira em lactentes menores de um ano, o estudo foi realizado com dados obtidos da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada em 2008, nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Três desfechos foram considerados para análise: uso exclusivo de chupeta, uso exclusivo de mamadeira e uso de bicos artificiais (chupeta e mamadeira).

Os resultados mostraram que houve prevalência de uso exclusivo da chupeta entre as primíparas, nascidos de parto cesáreo e meninos. Sendo que o uso tendeu a aumentar entre as mães que trabalhavam fora do lar, em quem havia ingerido chá no primeiro dia em casa e em que não foi amamentado na primeira hora. A frequência desse uso tendeu a diminuir conforme aumento da idade da criança (BUCCINI; BENICIO; VENANCIO, 2014, p.574).

Os fatores relacionados ao uso exclusivo da mamadeira foram: mães primíparas, trabalho materno fora do lar, baixo peso ao nascer, ausência da amamentação na primeira hora de vida do bebê e ingestão de leite artificial, água ou chá no primeiro dia em casa. Sendo que com o avançar da idade da criança, diferentemente da chupeta, o uso exclusivo da mamadeira aumentou (BUCCINI; BENICIO; VENANCIO, 2014, p.576).

A respeito do uso de bicos artificiais (chupeta e mamadeira) observaram que mulheres mais jovens e primíparas ofereceram mais bicos a seus filhos. Ter nascido por cesárea, baixo peso ao nascer, ser menino, mãe trabalhar fora do lar,

nascimento em hospitais sem credenciamento na iniciativa Hospital Amigo da Criança, ausência da amamentação na primeira hora de vida, ingestão de outro leite, água ou chá no primeiro dia em casa e ser usuário de serviços particulares/convênios também foram fatores associados ao maior uso de bicos (BUCCINI; BENICIO; VENANCIO, 2014, p.576).

5.5 Procedimentos cirúrgicos: cesárea e episiotomia

O estudo de Pádua et al (2010 p. 73) propôs avaliar a prevalência de cesariana em hospitais dos estados de São Paulo, Pernambuco e Distrito Federal. Os resultados constataram que a prevalência de cesariana foi maior nos hospitais com índice de complexidade alto (35,4%) do que nos de média complexidade (28,1%).

Os estudantes presentes no hospital e tipo de financiamento recebido influenciaram diretamente na realização de cesáreas, houve maior proporção de cesarianas nos hospitais em que só havia estudantes de medicina e nos hospitais de financiamento misto. E menor proporção naqueles em que só havia estudantes de enfermagem/parteiras e naqueles que eram financiados só pelo SUS. Além disso, nos hospitais em que não havia parteiras na atenção ao parto, um terço dos partos eram cesarianas e naqueles em que havia uma ou mais parteiras, menos de um quarto dos partos eram cesarianas (PADUA et al. 2010 p.74).

Observaram também que a proporção de cesariana foi maior em tais situações: entre mulheres com idade de 35 anos ou mais; entre mulheres com mais de oito anos de escolaridade; entre mulheres casadas ou que viviam em união consensual; entre mulheres que tinham o índice de massa corporal alto; entre mulheres que realizaram cesariana anterior; e entre mulheres que receberam anestesia raquidiana e peridural (PADUA et al. 2010 p.74-75).

Sobre as condições durante a gravidez ou parto também houve maior proporção de cesariana entre as mulheres que apresentaram hipertensão-eclâmpsia, doenças crônicas, altura uterina baixa, infecções de transmissão sexual e outras condições médicas não especificadas (PADUA et al. 2010 p.75).

Costa e Souza (2009, p.318) realizaram um estudo sobre a prevalência e fatores associados a prática de episiotomia em um hospital público do Distrito Federal. Os resultados demonstraram que a quantidade de partos realizados pela mulher esteve relacionada à realização de episiotomia, quanto maior o número de partos menor a chance de realização da episiotomia, portanto entre as mulheres que estavam no primeiro parto a taxa de episiotomia foi alta e entre as mulheres que já haviam tido filhos a taxa foi baixa. Outra associação verificada ocorreu quanto à idade materna, quanto mais jovem a mulher maior foi a indicação de episiotomia.

Verificaram também a relação do peso do bebê ao nascer, o índice de Apgar, idade gestacional e período do dia com a realização da episiotomia, porém não foi identificada associação significativa em nenhuma dessas categorias (COSTA e SOUZA, 2009 p.319-320).

Em relação à assistência profissional, a maioria dos partos foi realizada por médicos residentes e a utilização de episiotomia por esses profissionais correspondeu a 45,5%. As enfermeiras residentes realizaram apenas 7,2% do total de partos, no entanto, a utilização de episiotomia alcançou a taxa de 50,0%, a insegurança ou o receio das grandes lacerações, como também a pouca oportunidade de aprendizado devido à insuficiente realização de partos e, conseqüentemente, de episiotomia, podem ser grandes contribuintes para esta taxa (COSTA e SOUZA, 2009 p. 320).

Observaram que foi realizada episiotomia em 100% dos partos com uso de Manobra de Kristeller associada à infusão de ocitocina, partos instrumentais e partos instrumentais associados à infusão de ocitocina. E sobre a ocorrência de laceração 83,8% aconteceram em partos sem a utilização de episiotomia, enquanto apenas 16,2% aconteceram concomitante ao uso da episiotomia (COSTA e SOUZA, 2009 p. 321).

Houve maior realização de episiotomia nos partos que tiveram duração de período expulsivo menor que 1 hora, no entanto é necessário considerar que a maior parte dos partos foi com esta duração (COSTA e SOUZA, 2009 p. 322).

5.6 Complicações durante e após a gestação

O estudo de Moura, Margotto e Rugolo (2013) propôs avaliar as medidas antropométricas, a morbidade e mortalidade de recém-nascidos prematuros entre a 25ª e a 33ª semanas, nascidos vivos de mães hipertensas em função da presença ou não de DZ (diástole zero) ou DR (diástole reversa) na doplervelocimetria na

artéria umbilical. Os recém-nascidos foram classificados em dois grupos, conforme o resultado da doplervelocimetria da artéria umbilical: Gdz/dr=presença de DZ ou DR e Gn=doplervelocimetria normal.

Foram 92 recém-nascidos incluídos no estudo, destes, 52 pertenciam ao Gdz/dr e 40 ao Gn. Dentre as alterações na doplervelocimetria, DZ ocorreu em 42 casos e DR em 10 casos (MOURA; MARGOTTO; RUGOLO 2013 p.73).

As características clínicas e morbidades encontradas em relação às gestantes foram: pré-eclampsia mais frequente em Gdz/dr e hipertensão crônica mais frequente em Gn. O parto cesáreo foi a principal via de nascimento nos dois grupos e não houve diferença entre os grupos quanto à idade gestacional e ao uso de corticoide antenatal (MOURA; MARGOTTO; RUGOLO 2013 p.73).

Observaram que as medidas antropométricas dos recém-nascidos foram significativamente menores no Gdz/dr. Já a reanimação em sala de parto, a necessidade de segunda dose do surfactante, e a morbidade neonatal não diferiram entre os grupos. Os recém-nascidos do Gdz/dr também permaneceram mais tempo em ventilação mecânica, tiveram maior frequência de uso de oxigênio aos 28 dias de vida e maior mortalidade no período neonatal. Todos os recém-nascidos menores que 600g nasceram de mães com alteração de fluxo sanguíneo em artéria umbilical e foram a óbito até o 28º dia de vida (MOURA; MARGOTTO; RUGOLO 2013 p.74).

Leite, Miziara e Veloso (2010) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer a prevalência e as características das malformações cardíacas congênitas em necropsias pediátricas realizadas em um hospital público de Brasília.

Verificaram que das 189 malformações cardíacas congênitas, 117 ocorreram no grupo dos neomortos ou recém-natos, 35 no grupo dos natimortos, 30 no grupo dos lactentes e 7 no grupo dos pré-escolares, não tendo sido verificado nenhum caso de malformação entre os escolares (LEITE; MIZIARA; VELOSO 2010 p.295).

As anomalias cardíacas mais comumente observadas nos 189 pacientes foram a comunicação interatrial em 96 deles, a comunicação interventricular em 66 e a persistência do canal arterial em 51. Sendo identificados no total 357 defeitos cardíacos congênitos, e em 133 pacientes as cardiopatias eram múltiplas (LEITE; MIZIARA; VELOSO 2010 p.295).

Observaram que as comunicações interatrial e interventricular, e a persistência do canal arterial representaram 59,8% de todas as malformações encontradas, sendo as mais prevalentes entre os neonatos, natimortos e lactentes. Entre os pré-escolares, as comunicações interatrial e a interventricular foram as únicas anomalias cardíacas encontradas (LEITE; MIZIARA; VELOSO 2010 p.295).

Dos 35 natimortos, 30 apresentaram malformações cardíacas associadas a outros órgãos e sistemas, destacando-se as malformações do sistema músculo esquelético em 8 (pés tortos, dolicocefalia e tórax curto), do sistema nervoso central em 6 (holoprosencefalia, anencefalia e raquisquise), do sistema sensorial em 5 (microftalmia, agenesia nariz, macroglossia), do sistema urinário em 4 (rim em ferradura), do sistema circulatório em três (artéria umbilical única) e do sistema respiratório em um (displasia pulmonar). Do grupo de 35 natimortos, 7 pacientes apresentaram diagnóstico sindrômico, sendo três com triossomia não classificada, dois com síndrome de Patau, um com síndrome de Down e o último com síndrome Dandy Walker. Entre os neomortos, 58 apresentaram malformações cardíacas associadas a outros órgãos ou sistemas, tendo o sistema músculo-esquelético contribuído com 14 casos (pé torto, hérnia diafragmática, pescoço curto, crânio cônico, malformações de membros superiores e inferiores), o geniturinário com 13 casos (rim em ferradura, policístico, agenesia renal e de genitália externa), o sistema digestório com 13 (atresia de esôfago, vias biliares e duodeno-jejunal, malformação intestinal, imperfuração anal, divertículo de Merkel), o sistema sensorial com 8 casos (exoftalmia, microftalmia, malformações auriculares), o sistema nervoso central com 7 casos (holoprosencefalia, agenesia corpo caloso, anencefalia) e o sistema imunológico com três casos (agenesia de baço e poliesplenia). Dos neomortos, 31 apresentaram diagnóstico sindrômico, sendo as trissomias mais frequentes síndrome de Down, Edwards e Patau (LEITE; MIZIARA; VELOSO 2010 p.295-296).

Entre os lactentes, dois apresentaram malformações cardíacas associadas a anomalias do sistema sensorial (agenesia e malformações de orelhas), um a defeitos do sistema nervoso central (agenesia de corpo caloso) e um a defeitos do sistema músculo-esquelético (hérnia inguinal). Sendo que em três desses pacientes, as alterações fizeram parte de síndromes, estando dois associados à síndrome de Down e um à síndrome de Edwards (LEITE; MIZIARA; VELOSO 2010 p.296).

No grupo dos pré-escolares, dois apresentaram malformações cardíacas associadas a defeitos do sistema nervoso central (microcefalia) e um a defeitos do sistema digestório (divertículo de Merkel). Nesse grupo, constatarem somente um paciente com síndrome de Down (LEITE; MIZIARA; VELOSO 2010 p.296).

Wanderley; Welang e Pereira (2012) relatam o caso de uma paciente com *myasthenia gravis*, admitida no Hospital Universitário de Brasília, que teve parto vaginal com analgesia. A *myasthenia gravis* é uma doença autoimune crônica, que

acomete a placa motora dos músculos estriados, esta doença leva a um quadro de astenia e fadigabilidade flutuante de alguns grupos musculares, especialmente na face e nas extremidades.

Os resultados demonstraram que a paciente estava na sua segunda gestação sendo que o diagnóstico da doença ocorreu três anos após a primeira gestação e desde este momento realizava acompanhamento clínico regularmente, mantendo a doença sob controle. Foi submetida à timectomia após um ano do diagnóstico (WANDERLEY; WERLANG; PEREIRA 2012 p.119).

Na 33ª semana da gestação atual foi necessário ficar internada, por apresentar na ultrassonografia obstétrica glicemia de jejum elevada e cintura abdominal fetal acima do percentil 90. Na 35ª semana foi novamente admitida no hospital por ter-se queixado de fraqueza generalizada e diminuição dos movimentos fetais. Relatam que a paciente estava em uso de prednisona, 125 mg em dias alternados, e piridostigmina 360 mg por dia havia três anos, prescritas por neurologista, cujas doses não haviam sido alteradas por ocasião da gravidez. Porém, a paciente tinha parado de tomar as medicações havia três dias por associar o uso dos medicamentos a náuseas (WANDERLEY; WERLANG; PEREIRA 2012 p.120).

Ao ser realizados exames no momento da internação a paciente apresentou paralisia mímico-facial e força muscular globalmente diminuída. A cardiotocografia basal mostrou padrão ativo e reativo, e a ultrassonografia obstétrica não revelou anormalidades. A medicação anteriormente utilizada foi reintroduzida pelo neurologista, com otimização criteriosa e gradativamente das doses. No oitavo dia de internação hospitalar a paciente entrou em trabalho de parto, foi instalado cateter peridural com infusão de bupivacaína e sulfentanil, sob monitorização cardíaca contínua e oximetria de pulso. Administrada neostigmine, 0,5 mg por via intravenosa a cada três horas até o clampeamento do cordão umbilical (WANDERLEY; WERLANG; PEREIRA 2012 p.120).

O trabalho de parto durou seis horas, e os profissionais fizeram aplicação de ocitocina. A frequência cardíaca fetal se manteve rítmica e o parto evoluiu bem, o período expulsivo durou dez minutos com a paciente em posição de litotomia.

Relatam que houve recuperação em regime de observação clínica e não houve apresentação da miastenia durante o puerpério, a paciente teve alta hospitalar no quarto dia pós-parto, com manutenção do mesmo plano terapêutico reiniciado na internação. Não houve sinais de miastenia neonatal (WANDERLEY; WERLANG; PEREIRA 2012 p.120).

Relatam que não houve modificação no comportamento da doença durante a gravidez, no entanto não puderam avaliar se a cirurgia prévia ou o tempo decorrido entre o diagnóstico e a segunda gestação tiveram alguma influência sobre seu curso (WANDERLEY; WERLANG; PEREIRA 2012 p.120).

6. Discussão

Infere-se a partir dos resultados encontrados que o parto consiste em ser um tema amplo, pois apesar de ser um evento fisiológico atinge também outros aspectos como a amamentação, depressão pós-parto, vida do bebê. É um evento que se prolonga depois do nascimento, envolvendo o antes, durante e depois, com muitos atores envolvidos, como parteiras e profissionais de saúde.

Percebe-se que a maior publicação de artigos ocorreu nos anos 2004, 2009, 2010 e 2014, com dois artigos publicados em cada. Sendo que houve mais de uma publicação na revista/área da enfermagem, com dois artigos publicados e na revista/área da saúde pública, com quatro artigos. Os artigos são de autoria coletiva e 10 são de caráter qualitativo e 4 quantitativo.

Os achados sobre a mortalidade materna e infantil nos fazem refletir sobre a necessidade de investimento na saúde, em todos os níveis de atenção. Em busca de uma assistência de qualidade que previna a mortalidade com efetividade, mas que na ocorrência dela sejam classificadas corretamente auxiliando desta forma as políticas públicas.

Os dados sobre depressão pós-parto, prática da cesárea e episiotomia mostram a necessidade de uma atenção mais humanizada, que atenda as mulheres conforme realmente precisam, olhando de uma forma generalizada, cuidando de todas as características, tanto biomédicas quanto psicossociais, mas baseadas em evidências científicas através de estudos realizados.

Os demais achados também colaboram com a ideia de uma assistência de qualidade, quando tratam sobre a importância das parteiras tradicionais nas comunidades, sobre a prática do aleitamento materno e da doação do leite, que devem ser incentivadas e fortalecidas, do uso adequado dos bicos artificiais e sobre os problemas que podem ocorrer na gestação, que devem ser completamente assistidos.

Sobre este trabalho os achados revelaram que há poucas pesquisas produzidas, a quantidade de artigos encontrados sobre parto em Brasília/Distrito Federal não satisfaz as expectativas, esperava-se encontrar mais artigos, abrangendo o parto na sua complexidade e totalidade. Consideramos como limitação do trabalho este fato e recomendamos mais artigos sobre o tema produzidos com dados da capital do país. Cabendo também ao profissional sanitário a produção de pesquisa e dados, pois é de fundamental importância para as políticas públicas e análise das características do Distrito Federal. Diante dessa diminuta quantidade de artigos, torna-se necessário zelar pela produção de pesquisa e de dados.

No que se refere aos profissionais da área da saúde, o profissional sanitário é formado em sua graduação para possuir uma concepção interdisciplinar, que sem negligenciar elementos do modelo biomédico o articule com conhecimentos vindos do domínio das ciências humanas e sociais, deslocando-se assim de um foco eminentemente individual para uma esfera coletiva, conforme Bosi e Paim (2009).

7. Considerações Finais

A gravidez e o parto quando ocorrem na vida de uma mulher transformam não somente seu estilo de vida como também das pessoas que estão envolvidas, é algo natural e comum, mas que pode ser vivenciado de muitas maneiras a depender das condições que estão associadas para cada indivíduo.

A realização deste trabalho foi importante para enxergar a grande dimensão que o universo da maternidade possui, pois são vários temas que se relacionam com o parto, várias características, conceitos. Considero então essencial a produção de conhecimentos sobre este tema, pois com certeza há muito mais que se estudar.

Expresso também o descontentamento em relação ao Comitê de Ética e Pesquisa, pois devido a sua demora quanto a aprovação do projeto não foi possível a realização de uma pesquisa qualitativa com mulheres que se tornaram mães.

Por fim, esse trabalho foi significativo para o aprimoramento do meu conhecimento, a leitura e análise dos artigos foram enriquecedoras.

8. Referências Bibliográficas

ALENCAR, Lucienne Christine Estevez de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Doação de leite humano: experiência de mulheres doadoras. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 70-77, Fev. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2016.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURAO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 251-264, Mar. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100251&lng=en&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2016.

AZEVEDO, Kátia Rosa; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2016.

BORGES, Moema da Silva; PINHO, Diana Lúcia Moura; GUILHEN, Dirce. A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber/fazer edificante. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 3, p. 317-322, jun. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2016.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson da Silva. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 236-237, Feb. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em junho de 2016.

BRASIL - Ministério da saúde. Saúde da mulher. Ministério lança protocolo com diretrizes para parto cesariana. Brasília – DF. 2016. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22946->

ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>. Acesso em junho de 2016.

_____. Ministério da saúde. Caderno HumanizaSUS – Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília – DF. 2014. Disponível em<http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf> Acesso em dezembro de 2016.

_____. Nascidos Vivos – Distrito Federal. Nascim p/resid.mãe por Tipo de parto segundo Município. Brasília. Período: 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvdf.def>> Acesso em outubro de 2016.

_____. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Brasília – DF. 2002. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

BORGES, Moema da Silva; PINHO, Diana Lúcia Moura; GUILHEN, Dirce. A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber/fazer edificante. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 3, p. 317-322, jun. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2016.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v.7, n.2, p.135-149, June 1991. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1991000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em março de 2016.

BRITO, Amanda Oliveira de. Modelos de parto no Distrito Federal: perspectivas das mulheres e dos profissionais de saúde. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em saúde coletiva). Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília, Brasília. 2013.

BUCCINI, Gabriela dos Santos; BENICIO, Maria Helena D'Aquino; VENANCIO, Sonia Ioyama. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 4, p. 571-582, Aug. 2014 . Disponível em

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400571&lng=en&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2016.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de parto e políticas de corpo: uma etnográfica de práticas femininas de parto humanizado. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2011.

CECAGNO, Susana; ALMEIDA, Francisca Dias de Oliveira de. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. **Texto Contexto Enferm** 2004 Jul-Set; 13(3):409-13. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a10v13n03.pdf>>. Acesso em novembro de 2016.

COREN –SP. Parto natural. Conselho Regional de Enfermagem. São Paulo - 2010.

CONFORTO, Edivandro Carlos; AMARAL, Daniel Capaldo; SILVA, Sérgio Luis da. Roteiro para revisão bibliográfica sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projetos. 8º Congresso Brasileiro de Gestão de Desenvolvimento de produto. CBGDP 2011. Porto Alegre –RS.

COSTA, Lara Carolina; SOUZA, Lissandra Martins. Prevalência e correlação de fatores associados à prática de episiotomia em um hospital público do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**. 2009;20(4):315-324. Disponível em <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4art5prevalenciakorrelacao.pdf> Acesso em novembro de 2016.

CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; LUZ, Maria Helena Barros. A Vivência de Mulheres no Parto domiciliar e hospitalar. Esc Anna Nery **R Enferm** 2007 mar; 11 (1): 98 – 104

DATASUS. Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério (O00-O99). Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/o00_o99.htm> Acesso em janeiro de 2017.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 1996. Disponível em <

https://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A2nero.pdf> Acesso em novembro de 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (3):627-637, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3>>. Acesso em dezembro de 2016

D'ORSI, Eleonora et al . Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 39, n. 4, p. 645-654, Aug. 2005.

FAUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 2, p. 150-173, June 1991 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2016.

FRAGOSO, Ana Patrícia Rodrigues; FORTES, Renata Costa. Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrizes de um hospital público do Distrito Federal. **J Health Sci Inst.** 2011;29(2):114-8. Disponível em <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/02_abr-jun/V29_n2_2011_p114-118.pdf> Acesso em novembro de 2016.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder, organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: **Edições Graal**, 4º ed. 1984.

GARCIA, Marcos Tadeu. Assistência ao Parto Normal. Maternidade Segura. Recomendações da OMS. 2014. Disponível em <<http://abcdoparto.com.br/site/assistencia-ao-parto-normal/#preambulo>> Acesso em novembro de 2016.

HRP – OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1> Acesso em novembro de 2016.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e

estimativa de um fator de ajuste. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 7, n. 4, p. 449-460, Dez. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2016.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena P. de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Mortes maternas e mortes por causas maternas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 17, n. 4, p. 283-292, dez. 2008 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2016.

LEITE, Dinaldo de Lima; MIZIARA, Hécio; VELOSO, Moema. Malformações cardíacas congênitas em necropsias pediátricas: características, associações e prevalência. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 94, n. 3, p. 294-299, mar. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2016.

LOPES, Rita de Cássia Sobreira et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 18, n. 2, p.247-254, Aug. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em dezembro de 2016.

MANDARINO, NR; CHEIN, MBC; JÚNIOR, FCM; BRITO, LMO; LAMY, ZC; NINA, VJS; MOCHEL, EG; NETO, JAF. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1587-1596, jul, 2009.

MONTEIRO, Renata Alves; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Principais causas básicas da mortalidade infantil no Distrito Federal, Brasil: 1990 a 2000. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 4, n. 4, p. 413-421, dez. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2016.

MOURA, Marta David Rocha de; MARGOTTO, Paulo Roberto; RUGOLO, Lígia Maria Suppo de Souza. Alterações do fluxo sanguíneo em artéria umbilical na síndrome hipertensiva gestacional e suas implicações nos resultados neonatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 71-77, Fev. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em novembro de 2016.

Nascer no Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. 2014. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em novembro de 2016.

OLIVEIRA, SMJV; RIESCO, MLG; MIYA, CFR; VIDOTTO, P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev Latino-am Enfermagem** 2002 setembro-outubro; 10(5):667-74. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a7.pdf>> Acesso em outubro de 2016.

PADUA, Karla Simônia de et al . Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 1, p. 70-79, Feb. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100008&lng=en&nrm=iso> Acesso em novembro de 2016.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia, Canoas** , n. 37, p. 212-227, abr. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em abril de 2016.

PINHEIRO, Pedro. Parto por cesariana – vantagens e riscos. 21 de novembro de 2016. Disponível em <<http://www.mdsaude.com/2013/10/parto-cesariana.html>> Acesso em dezembro de 2016.

SAKAE, Thiago Mamôru; FREITAS, Paulo Fontoura; D'ORSI, Eleonora. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p.472-480, June 2009. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300011>. Acesso em dezembro de 2016.

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e; PRATES, Renata de Carvalho Gomes; CAMPELO, Bruna Queiroz Armentano. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Rev Enferm UFSM** 2014 Jan/Mar;4(1):1-9. Disponível em <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8861/pdf>>. Acesso em dezembro de 2016.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. – 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: UFSC, 2005. 138p. Disponível em <https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf>. Acesso em dezembro de 2016.

UNA – SUS. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. 2015. Disponível em <<http://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>> Acesso em abril de 2016.

WANDERLEY, Miriam da Silva; WERLANG, Ana Carolina Samaan; PEREIRA, Livia Custódio. Myasthenia gravis e gestação: relato de caso e discussão sobre manejo durante gravidez, parto e puerpério. **Brasília Med** 2012;49(2):118-124 Disponível em <http://www.ambr.org.br/backup/site_29032014/wp-content/uploads/2013/06/Est_Casos_Miriam_Silva_118_124.pdf>. Acesso em novembro de 2016.